

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS**

TRABAJO DE TITULACIÓN EXAMEN COMPLEXIVO
PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGISTER EN
GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN EN SALUD

TEMA DEL ESTUDIO DE CASO
“**GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA CALIDAD.
PROPUESTA DE ATENCIÓN AMBULATORIA PARA
PACIENTE ERC. HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE
MANTA**”

AUTOR:




LCDA PAULINA MARIBEL RAMÍREZ RIVERA

TUTOR:

Msc. MANUEL BALLADARES MAZZINI.

Año 2016

GUAYAQUIL – ECUADOR

 Presidencia de la República del Ecuador	 Plan Nacional de Ciencia, Tecnología, Innovación y Saberes	 SENESCYT Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación
REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: GESTION ADMINISTRATIVA DE LA CALIDAD. PROPUESTA DE ATENCION AMBULATORIA PARA PACIENTE ERC. HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE MANTA		
AUTOR/ES: Lcda. Paulina Maribel Ramírez Rivera	TUTOR: Dr. Manuel Balladares Mazzini. REVISOR: Ing. Julio De La Torre	
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: Ciencias Médicas	
CARRERA: Maestría en Gerencia y Administración en Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	No. DE PÁGS: 53 paginas	
ÁREAS TEMÁTICAS: Salud		
PALABRAS CLAVE: Enfermedad renal, sistema de salud, tiempo de espera		
RESUMEN: Los sistemas de salud en los tiempos modernos, tienden a desarrollar capacidades administrativas en las personas encargadas de dirigirlos. En nuestro país es imperativa la meta de resolver los problemas humanos con lo limitado. Uno de esos problemas es la tardanza en conseguir una cita médica en un paciente con un enfermedad establecida y no poder ser valorado por el especialista lo cual agrava su deterioro en este caso renal causando perjuicio al paciente y al estado que tendrá que aumentar su gasto por agravamiento de la enfermedad al ser considerada la insuficiencia renal crónica como enfermedad catastrófica. El objetivo de este trabajo es elaborar propuesta o protocolo que permita al paciente acceder a la valoración efectiva con una referencia correcta al especialista. Para el desarrollo de la presente investigación se utilizó el método cualitativo de estudio de caso a fin de describir las cualidades del fenómeno estudiado. Como conclusión del trabajo elaborado se evidenció que la mayoría de los pacientes tenían dificultad de acceder a consulta de especialista de manera oportuna es decir en la semana de su necesidad de valoración. Esta debilidad del sistema de salud incide en el empeoramiento de la salud del enfermo renal arrastrándolo al borde de una IRC llevándolo a una situación de calamidad y muerte.		
No. DE REGISTRO (en base de datos):	No. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0985363818	E-mail: paulynamirez42@gmail.com latinaramirez@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS	
	Teléfono: 2- 288086	
	E-mail: egraduadosug@hotmail.com	

Guayaquil, 28 de Abril del 2016

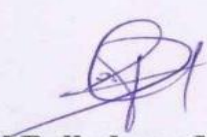
CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACION PARA OPTAR EL TITULO DE MAGISTER EN GERENCIA DE SALUD DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.

CERTIFICO QUE: HE REVISADO DE ACUERDO A LAS SUGERENCIAS REALIZADAS POR EL REVISOR ING JOSE DE LA TORRE DEL TRABAJO DE TITULACION DE GRADO PRESENTADO POR **LA LCDA PAULINA RAMIREZ** CON C.I. 1308787793.

CUYO TEMA DE TESIS HA SIDO MODIFICADO COMO: “GESTION ADMINISTRATIVA DE LA CALIDAD. PROPUESTA DE ATENCION AMBULATORIA PARA PACIENTE ERC. HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE MANTA.”

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE EL TRABAJO DE TITULACION, SE APROBO EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:



Dr. Manuel Balladares Mazzini MSc.
TUTOR

DEDICATORIA

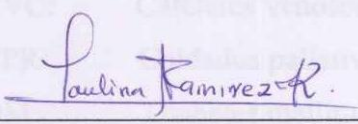
El presente trabajo investigativo es resultado de mi esfuerzo se lo dedicó a Dios. A mi esposo por ese optimismo que siempre me impulso a seguir adelante. A mis amados hijos Paúl y Andrea fuente de motivación e inspiración para superarme.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por guiarme y protegerme día a día en cada paso dado. A mi padre por haberme enseñado que con esfuerzo, trabajo y constancia todo se consigue. A mi tutor por su asesoría siempre dispuesta aún en la distancia. A mí estimada amiga Lic. Nuria por ser parte de mi motivación y ese apoyo incondicional en el trabajo.

DECLARACIÓN EXPRESA

“La responsabilidad del contenido de esta Tesis de Grado, me corresponden exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL”



FIRMA
Lcda. Paulina Ramírez.

ABREVIATURAS

A/Cr :	Albúmina/creatinina en orina
ARA	II:Antagonista de los receptores de angiotensina II
CVC:	Catéteres venosos centrales
CPR:	Cuidados paliativos renales
DM:	Diabetes mellitus
DP:	Diálisis peritoneal
EPO:	Eritropoyetina
ERET:	Enfermedad renal en estado terminal
ERC:	Enfermedad renal crónica
ERP:	Enfermedad renal poliquística
FG:	Filtrado glomerular FG
HD:	Hemodiálisis
HTA:	Hipertension arterial
IECA:	Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina
IESS:	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
IRA:	Enfermedad insuficiencia renal aguda
NU:	Nitrógeno ureico
RM:	Resonancia magnética
TC :	Tomografía computarizada
TFG: :	Tasa de filtración glomerular
TRDV:	Trasplante Renal con donante vivo
TSR:	Tratamiento sustitutivo renal
Tx:	Trasplante renal

CONTENIDO

PORTADA	I
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
1. INTRODUCCIÓN	11
2. DESARROLLO.....	15
TEORIAS GENERALES.....	15
TEORIAS SUSTANTIVAS.....	17
REFERENTES EMPIRICOS	23
MARCO METODOLÓGICO	28
METODOLOGÍA.....	28
MÉTODO.....	28
CATEGORÍAS.....	29
DIMENSIONES	29
INSTRUMENTOS.....	29
UNIDAD DE ANÁLISIS.....	29
GESTIÓN DE DATOS	30
CRITERIOS ÉTICOS	30
RESULTADOS	31
DISCUSIÓN.....	32
3. PROPUESTA	36
CONCLUSIONES	38
RECOMENDACIONES	39
BIBLIOGRAFÍA	40
ANEXOS.....	43

RESUMEN

El gran desafío de los sistemas de salud en los tiempos modernos, consiste en desarrollar capacidades administrativas en las personas encargadas de dirigirlos. En nuestro país es imperativa la meta de resolver los problemas humanos con lo limitado. Para lograrlo, se han implementado diversas políticas y procedimientos con el fin de alcanzar resultados óptimos en la prestación de los servicios. Uno de esos problemas es la tardanza en conseguir una cita médica en un paciente con un enfermedad establecida y no poder ser valorado por el especialista lo cual agrava su deterioro en este caso renal causando perjuicio al paciente y al estado que tendrá que aumentar su gasto por agravamiento de la enfermedad al ser considerada la insuficiencia renal crónica como enfermedad catastrófica. El objetivo de este trabajo es elaborar propuesta para permitir al paciente tener una valoración correcta y ser referido efectivamente a la valoración de un especialista cuando se lo necesite. Para el desarrollo de la presente investigación se utilizó el método cualitativo de estudio de caso a fin de describir las cualidades del fenómeno estudiado, los materiales empleados fueron computadora portátil, programas informáticos, esferos, papelería, internet, impresora, libros y documentos. Como conclusión del trabajo elaborado se evidenció que la mayoría de los pacientes tenían dificultad de acceder a consulta de especialista de manera oportuna es decir en la semana de su necesidad de valoración, una de las razones más notorias son los pocos especialistas que están registrados y porque el hospital solo cuenta con dos y que la mayoría siente frustración al no poder acceder a consulta por los obstáculos que ponen al elegir una cita en los llamados call center. Esta debilidad del sistema de salud incide en el empeoramiento de la salud del enfermo renal arrastrándolo al borde de una IRC llevándolo a una situación de calamidad y muerte.

Palabras claves: enfermedad renal, sistema de salud, tiempo de espera

ABSTRACT

The big challenge for health systems in modern times, is to develop administrative capacity in persons responsible for directing. In our country it is imperative goal of solving human problems limited. To achieve this, we have implemented various policies and procedures in order to achieve optimal results in the provision of services. One such problem is the delay in getting an appointment in a patient with established disease and could not be assessed by the specialist which aggravates deterioration in the renal event causing injury to the patient and the state will have to increase their spending by worsening of the disease to be considered chronic renal failure as catastrophic illness. The aim of this work is to develop proposal to allow patient access to specialist assessment in due course. For the development of this research the qualitative case study method was used to describe the qualities of the studied phenomenon, the materials used were laptop, software, pens, stationery, internet, printer, books and documents. In conclusion the elaborate work showed that most patients had difficulty in accessing specialist consultation in a timely manner that is in the week of the need assessment, one of the most notable reasons are the few specialists who are registered and because the hospital has only two and most feel frustration at not being able to access consultation obstacles put by choosing a date in so-called call center. This weakness of the health system affects health worsening renal patients by dragging the edge of an IRC taking him to a situation of calamity and death.

Keywords: kidney disease, health system, waiting time

1. INTRODUCCIÓN

Desde finales del siglo anterior y a comienzos del 21, la ciencia sobre todo la gerencia y administración aplicada en la salud considera acertadamente la necesidad de mejorar la calidad del servicio público y privado en el campo de la salud, para lo cual hizo un análisis minucioso de todo el proceso de entrada, es decir, desde el primer contacto del paciente con el sistema; el camino que recorre el paciente hasta resolver su problema del que aqueja y la fase de la salida, cuando el paciente ha resuelto el problema o ha sido derivado a otro nivel.

Sin embargo a pesar de los avances en mejorar los servicios de salud sobre todo el ofrecido por el estado como lo dicta la constitución, aún persisten problema, que en el caso de enfermedades graves y consideradas catastróficas, el factor tiempo e intervención oportuna es clave para evitar el deterioro que lo lleva necesariamente a terapia sustitutiva y a la muerte.

El factor tiempo es clave en esta problemática porque la enfermedad renal crónica se caracteriza por su deterioro pudiendo pasar de fase uno a cinco de una manera rápida por el deterioro o progresión del daño renal tan vinculado con el factor causal y sus factores de riesgo. Entonces detectar la gradación a tiempo, controlar los factores de riesgo, valoración bioquímica y clínica oportunamente evita llegar a estadios finales que provocaría una serie de efectos psicológicos, sociales y económicos para el paciente y el estado por el alto costo de la terapia sustitutiva y los medicamentos de sostén o mantenimiento.

Si el paciente tarda en recibir su valoración, ya se conocen las consecuencias de los mismos. Lo cual implica una mala administración e ineficiente servicio de salud con un alto costo para el estado ecuatoriano. Esta problemática, ya se está produciendo en estos días en los diferentes sectores o comunidades del país porque a sabiendas que epidemiológicamente la diabetes y la hipertensión son las primeras causas de mortalidad en el Ecuador, también son las enfermedades más frecuentes de la población y las principales causantes de deterioro renal en el curso del tiempo, agravándose más si no ha existido una detección precoz de las enfermedades antes mencionadas.

El objetivo de esta investigación y su aporte es mejorar la calidad de atención que debe recibir un paciente con enfermedad renal crónica en su atención ambulatoria de la cual depende una referencia adecuada y pertinente al especialista si el caso lo requiere o se puede resolver en el primer instante actuando como corresponde en la valoración del enfermo renal crónico. Uno de los problemas más relevantes es la gran demanda por el especialista, lo cual se puede deber a varias causales uno de ellos sin lugar a dudas puede ser los escasos profesionales especialistas en nefrología y la pobre participación de médicos nutricionistas en dicha valoración.

La valoración inadecuada en las consultas en el primer contacto con derivaciones a especialistas cuando no es necesario provoca saturación de consultas con los mismos atendiendo a pacientes que no lo requerían y dejando a un lado a la espera a los que sí lo necesitaban, considerando que el tiempo se vuelve en contra por la progresión de la enfermedad, teniendo presente que una valoración a destiempo podría promover a un paciente en fase 4 a una franca insuficiencia renal crónica que sin marcha atrás terminará con terapia sustitutiva y la muerte con una lamentable calidad de vida, costo para el paciente y el estado por lo caro que representa esta terapia, por esta razón se hace necesario presentar propuestas que permitan optimizar el tiempo de espera interviniendo en los factores causales de dicha demora, como la necesidad de uso de un documento consensuado que describa los criterios de una interconsulta y el circuito asistencial para determinadas especialidades lo que permitirá al médico del primer contacto derivar eficientemente al paciente que realmente necesita valoración del especialista, lo cual permitirá en un porcentaje importante optimizar las consultas con el especialista de parte del enfermo renal crónico entre las propuestas más llamativas.

Siendo su objeto de estudio Gerencia y Administración de Salud y su campo de investigación la Calidad de atención a pacientes con enfermedad renal crónica.

La pregunta científica fue: ¿Cómo contribuirá un protocolo de atención ambulatoria en ERC al mejoramiento de la valoración del paciente en el primer contacto con el médico general lo cual reducirá el tiempo de espera de un paciente con enfermedad renal crónica en etapas avanzadas para la valoración de un especialista en hospital público de la ciudad de Manta?

Delimitación del problema, desde el punto de vista de la gerencia y administración de salud, entendiendo a esta como la aplicación de las ciencias administrativas para mejorar los servicios de salud, el recurso tiempo para la valoración del estado de salud de un paciente con nefropatía crónica es vital en toda la extensión de la palabra. Entendiendo que La **enfermedad renal crónica (ERC)** es una pérdida progresiva e irreversible de las funciones renales, cuyo grado de afección se determina con un filtrado glomerular (FG) $<60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$.¹ lo que evidencia que los riñones pierden su capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos en la sangre, su deterioro lleva a una terapia sustitutiva, deterioro de la calidad de vida y muerte. (Anexo 1).

Justificación.- Si un paciente no es valorado adecuadamente por el médico de primer contacto o en el caso de ser valorado adecuadamente y necesita valoración emergente o urgente del especialista y no se da en el momento oportuno, el deterioro renal es progresivo y con facilidad se puede agravar la enfermedad renal crónica llevándola a las últimas etapas con una consecuente uremia que requiere otros procedimientos médicos y que afectan definitiva e irreversiblemente a la calidad de vida generando altos costos para el paciente y para el estado ecuatoriano. Por lo tanto es necesario diseñar, dirigir y evaluar un protocolo de atención ambulatoria con el fin de mejorar la valoración médica y que haya una referencia efectiva de pacientes en etapas avanzadas a consulta con el especialista.

Reducir el tiempo de espera de un paciente con enfermedad renal crónica en etapa avanzada para que sea valorado por un especialista nefrólogo puede ser el hilo entre la vida aceptablemente llevable o un deterioro tal que lleva a consecuencias irreversibles y la muerte.

El Objetivo general de este trabajo de investigación sería Proponer protocolo de atención ambulatoria para pacientes con ERC y su correcta derivación al especialista. Y entre sus objetivos específicos está analizar referentes teóricas generales de la administración y gerencia en salud en pacientes con enfermedades

catastróficas; Caracterizar los factores laborales, económicos, técnicos y administrativos, que afectan el excesivo tiempo de espera de un paciente con enfermedad renal crónica por una atención especializada en un hospital público de la ciudad de Manta. Y una vez analizado las causas elaborar una propuesta de protocolo de atención ambulatoria para paciente con ERC. Hospital público de la ciudad de manta con la finalidad de lograr mejoramiento del excesivo tiempo de espera de un paciente con enfermedad renal crónica avanzada para una valoración del especialista.

Cuya premisa fue que la tardanza en la atención de un especialista en nefrología y nutrición en un paciente con una enfermedad renal crónica establecida puede producir una progresión del deterioro renal lo cual implica un mayor gasto social si el paciente entra en fase de insuficiencia renal crónica además del deterioro de la calidad de vida del paciente. Sobre la base de los conceptos teóricos de gerencia y administración en salud y la importancia de optimización del factor tiempo, clave en la detección del daño renal y la progresión de su deterioro, del análisis de los factores laborales, económicos, técnicos y administrativos, se elabora una propuesta de protocolo de atención ambulatoria a pacientes con ERC en hospital público de la ciudad de Manta. La buena valoración y acertada derivación incidirá en el mejoramiento del excesivo tiempo de espera del paciente con enfermedad renal crónica avanzada por una valoración del especialista en un hospital público de la ciudad de Manta.

La solución propuesta se enfoca en presentar una protocolo de atención ambulatoria para paciente con ERC en un hospital público de la ciudad de Manta con la finalidad de que al existir buena valoración y acertada derivación incidirá en el mejoramiento del excesivo tiempo de espera del paciente con enfermedad renal crónica avanzada por una valoración del especialista en un hospital público de la ciudad de Manta, de la cual depende la calidad de vida, sobrevida y expectativa de vida del paciente.

2. DESARROLLO

TEORIAS GENERALES

La administración posee herramientas que, aplicadas al ramo de los sistemas de salud, pueden ayudar a éstos a desarrollar una visión de conjunto del sistema, optimizando recursos humanos, técnicos y financieros, para poder llevar a las instituciones de salud a un estado de crecimiento y eficiencia. Frecuentemente, los médicos destacados en su especialidad son llamados a administrar en los distintos niveles jerárquicos del sistema de salud, careciendo las más de las veces de experiencia y preparación específica en administración. Por otro lado, también encontramos directivos que son expertos en administración, pero que desconocen los problemas de salud. Finalmente se destaca la necesidad de dar capacitación administrativa al médico, ya que la razón de ser de las instituciones que conforman el sistema de salud es precisamente el servicio a esta última, por lo que las decisiones importantes deben ser tomadas por médicos. (LOSADA O, 2007).

En todos los países del continente se aprecia una mayor demanda de la población para recibir servicios de salud. Este fenómeno no es nuevo pero, conforme el tiempo pasa, el incremento se hace evidente, tanto en volumen como en complejidad, representando un reto constante para las instituciones, y en especial para los gobiernos, que cada vez más se constituyen en los responsables de la salud de la comunidad.

Un sistema de salud se establece para satisfacer una función social manifestada por necesidades y demandas de servicios de salud. Los sistemas de salud son una interrelación de recursos, finanzas, organización y administración que culminan en el suministro de servicios de salud a la población.

Es necesario enmarcar el siguiente concepto: una organización que otorga servicios de salud es una empresa pública. Es pública porque sirve a una comunidad, y es empresa porque debe tener objetivos y metas establecidos en todos sus niveles, que deben cumplirse con economía y eficiencia. Los servicios

de salud (clínicas, hospitales, unidades médicas, etcétera) deben contar con una administración eficiente, con el objeto de poder cumplir las metas que contemplen sus diferentes programas de salud, y con ello dar respuesta a las necesidades que la sociedad les demande.

El desafío de los sistemas de salud en nuestro tiempo, consiste en desarrollar capacidades administrativas en las personas encargadas de dirigirlos. En todo país en vías de desarrollo y en el nuestro, es imperativa la meta de resolver los problemas humanos que tiendan al mejor aprovechamiento de los recursos siempre limitados. Para lograrlo, se han implementado diversas políticas y procedimientos acordes con la evolución de los conceptos y las técnicas de la administración. La administración en salud no podía escapar a esa corriente, ya que con ella se propicia un desarrollo adecuado de la operación, a fin de alcanzar resultados óptimos en la prestación de los servicios. (Torres S, 2009).

En la actualidad, la administración en los sistemas de salud requiere un conjunto de conocimientos, habilidades y técnicas con base en un equilibrio armónico que proporcione la preparación suficiente al directivo y le permita llevar a cabo una secuencia de acciones para alcanzar objetivos determinados en la solución de problemas prioritarios. Un administrador en salud debe tener una visión holística e integral del sistema; por ello, su visión y quehacer rebasa la administración de una clínica, hospital, unidad médica o centro de salud; debe ser capaz del diseño (planeación), desarrollo (operación), sistematización (orden y registro), evaluación y retroalimentación (análisis y reorientación de acciones y metas) de los planes y programas de trabajo de los mismos.

Tanto a nivel privado como estatal, debido a una necesidad inherente al conocimiento del campo de la salud, los puestos administrativos de más alta jerarquía dentro del sistema de salud son ocupados por personal médico o de áreas afines, lo que indica que la toma de decisiones administrativas se centra en profesionales cuyo perfil es ajeno a esta área.

El personal directivo no tiene una idea definida de cuál es su función y qué se espera de su trabajo; en consecuencia, tiene como idea central el deseo de

ascender en la escala jerárquica sin capacitarse, centrado sólo en la imagen y el prestigio, o simplemente la autoridad, ya que es el modelo o el ejemplo que ha tenido durante mucho tiempo, por lo que el resultado es siempre el mismo: duplicación de actividades, incapacidad de satisfacer las necesidades y la conciencia de haber obtenido sólo resultados modestos; al mismo tiempo se dan cuenta que son inseguros al tomar decisiones administrativas, las cuales sólo las efectúan por intuición o por crisis que los lleva a la frustración, y posteriormente, terminan en agresiones externas o internas, con lo cual se divide aún más el sistema. (Barquin, 2013).

La obligación del directivo de la atención de la salud es que en sus instituciones se presten servicios oportunos al menor costo y de la mejor calidad posible, considerando al paciente como individuo, como integrante de una familia y como miembro de la sociedad. Por lo tanto, el propósito de los directivos del sistema de salud es lograr que las actividades y funciones de sus organismos (institutos, hospitales, clínicas, centros de rehabilitación, departamentos, programas, proyectos) se racionalicen y se cumplan las funciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, curación de padecimientos y rehabilitación de invalidez, así como las de educación e investigación, y que estas funciones se logren con eficiencia.

Las demandas de formación en administración en salud en México conforman un desafío, para lo cual es necesario incorporar formas tradicionales e innovadoras de educación, que permitan dar una completa respuesta a sus múltiples facetas. (Freeman R, 2012).

TEORIAS SUSTANTIVAS

Los cambios que se avecinan en el sistema de salud plantean la oportunidad de construir un sistema moderno; pero, sobre todo, con equidad. Los antecedentes parten de un estado cuyo sistema atendía únicamente a los sectores urbanos de escaso poder adquisitivo en los hospitales de la Beneficencia Pública administrados por congregaciones religiosas y otras de poder. Esta es la herencia caritativa y paternal en salud. Luego en los últimos años se transita hacia el

derecho ciudadano a la salud en la cual el estado asume el rol de garante de la atención de salud de la población, ya no es solamente el conductor que garantiza política y económicamente la atención sino, también es el proveedor de los servicios. Entre los nuevos enfoques se parte de reconocer en la población que demanda los servicios diversas condiciones e intereses sociales de tal forma que se establezcan nuevas relaciones entre usuarios y proveedores sin absolutizar la regulación del mercado.(Lazo, O. 2012).

Al existir este nuevo rol del estado proveedor y garantizador de los servicios de salud con el ciudadano el empoderado por dicho servicio y al conocer que el mismo viene de los impuestos que paga el trabajador, exige que el servicio que recibe sea de calidad. Al hablar dl servicio de salud se refiere a todo el proceso, si se cuida todo el proceso el paciente refiere satisfacción lo que se traduce en éxito como lo refieren experiencias como en varios centros de salud de otros países como el Perú que viene aplicando diversas estrategias de crecimiento con éxito como refiere la experiencia en centros de asistencia medica como las clínicas Internacional, Angloamericana y Ricardo Palma, que de acuerdo a América Economía han logrado una buena gestión que les ha permitido ubicarse en las posiciones 15, 21 y 22, respectivamente dentro del conjunto de organizaciones de este tipo que existen en la región latinoamericana. (Segura, C.2013).

Para lograr ese éxito, el paciente o receptor del servicio debe sentir calidad y la calidad se traduce en que, en todo el proceso el paciente se sienta a gusto. Una de las quejas más frecuentes de las personas que acuden a los centros de salud, en especial, los hospitales y las clínicas, es el poco cuidado que varios de ellos tienen en los sistemas de atención al cliente, y por lo tanto, en su calidad. Si bien estos centros pueden ser calificados como empresas de servicios cuyo principal objetivo es la búsqueda del bienestar del paciente a través de una serie de acciones que permitan obtener resultados satisfactorios, es decir, mejorar su salud, los pacientes pueden sentirse sumamente afectados en situaciones diversas. Ellos pueden verse afectados, tanto por el personal administrativo con el que tienen contacto cuando deben separar una cita, realizar un pago o solicitar información diversa, como por

el personal de salud, sean doctores, enfermeras o técnicos, cuando tienen que acudir a ellos para realizar algún tipo de examen médico (Araujo P, 2013).

Los servicios públicos tienen la responsabilidad de satisfacer en forma regular y continua un grupo importante de necesidades de interés general para los ciudadanos. La propia condición de ser *públicos* hace que deban organizarse teniendo en cuenta las características de la población, la distribución de esta en el espacio geográfico y sus variaciones en el tiempo, todo lo cual se expresa mediante las variables de población, territorio y tiempo. Justamente el factor tiempo es la variable que se discute en esta investigación para determinar los factores que influyen en el mismo, variable que es vital para pacientes que requieren atención médica especializada. (RSA P, 2010).

Salvo en los sistemas de salud, en el resto de los servicios públicos estas variables se trabajan con un número pequeño de atributos los cuales a su vez tienen una dinamicidad hasta cierto punto previsible. Los grupos por edades y niveles de escolaridad, los desplazamientos diarios de las poblaciones en los sistemas públicos de transporte o el número de usuarios para recibir una atención médica determinada son factores a considerar. Lo que sucede con los problemas de salud, es que presentan un número casi ilimitado de variantes tanto en términos de atributos de los grupos poblacionales (edad, sexo, raza, ocupación, cultura, riesgo), como en su diseminación geográfica (universal, regional, sectorial) o en su comportamiento cronológico (estacional, cíclica, explosiva), los que a su vez se combinan entre sí con respecto a esas mismas variables. (Bárcena A, 2012).

La única forma entonces de identificar, prever o tratar dichos problemas y de evaluar el impacto de las intervenciones sanitarias, es tomar como punto de partida tales variables y atributos. La disciplina que se ocupa de esto es la epidemiología y la investigación aplicada en busca de información que permita intervenir en las falencias detectadas y procurar un servicio de calidad., si se provee las técnicas y los medios para hacerlo y crea por esta vía, la posibilidad de que la gerencia disponga de información integrada, coherente y oportuna para la toma de decisiones se tendrá un servicio de calidad en beneficio del usuario que en este caso particular es un paciente diagnosticado con enfermedad renal crónica.

Es importante conocer en que consiste La ERC o enfermedad renal crónica como su nombre lo indica, es una enfermedad de deterioro progresivo que inicialmente no tiene síntomas específicos y solamente puede ser detectada como un aumento en la creatinina del plasma sanguíneo. A medida que la función del riñón disminuye la presión arterial está incrementada debido a la sobrecarga de líquidos y a la producción de hormonas vasoactivas que conducen a la hipertensión y a una insuficiencia cardíaca congestiva, La urea se acumula, conduciendo a la azoemia y en última instancia a la uremia (los síntomas van desde el letargo a la pericarditis y a la encefalopatía), El potasio se acumula en la sangre (lo que se conoce como hiperpotasemia), con síntomas que van desde malestar general a arritmias cardíacas fatales. Se disminuye la síntesis de eritropoyetina (conduciendo a la anemia y causando fatiga), se produce Sobrecarga de volumen de líquido, los síntomas van desde edema suave al edema agudo de pulmón peligroso para la vida, La hiperfosfatemia, debido a la retención de fosfato que conlleva a la hipocalcemia (asociado además con la deficiencia de vitamina D3) y al hiperparatiroidismo secundario, que conduce a la osteoporosis renal, osteítis fibrosa y a la calcificación vascular y La acidosis metabólica, debido a la generación disminuida de bicarbonato por el riñón, conduce a respiración incómoda y después al empeoramiento de la salud de los huesos. (MEZZANO A, 2009)

En los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con diálisis estándar se van acumulando numerosas toxinas urémicas. Estas toxinas muestran varias actividades citotóxicas en el suero, tienen diversos pesos moleculares y algunas de ellas están enlazadas a otras proteínas, primariamente a la albúmina. Tales sustancias tóxicas, ligadas a proteínas, están recibiendo la atención de los científicos interesados en mejorar los procedimientos estándar hoy usados para la diálisis crónica. (Anexo 2).

Todos individuo con una velocidad de filtración glomerular (VFG) <60 ml/min/1.73 m² durante 3 meses se clasifica dentro de una enfermedad renal crónica, independientemente de la presencia o no de daño renal. La justificación para la inclusión de estas personas es que la reducción de la función renal con

estos valores o aún inferiores representa la pérdida de la mitad o más de la función renal normal de un adulto, que puede estar asociada con varias complicaciones. (Coresh, J, 2009).

Igualmente, todos los pacientes con daño renal se clasifican dentro de una enfermedad renal crónica, independientemente del nivel de tasa de filtración glomerular. La justificación para la inclusión de personas con una VFG de 60 ml/min/1.73 m² es que la VFG puede ser sostenida en niveles normales o aún inferiores a pesar de daño renal y que los pacientes con daño renal tienen mayor riesgo de las dos principales complicaciones de la enfermedad renal crónica: pérdida total de la función renal y el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.³

La pérdida de proteínas en la orina es considerada como un marcador independiente de empeoramiento de la función renal y enfermedad cardiovascular. Por lo tanto, ciertas directrices como la británica añaden la letra "P" a la etapa de enfermedad renal crónica, si existe una importante pérdida de proteínas.

Etapa 1

Los pacientes en el estado 1 suelen ser asintomáticos. El plan de acción clínica se centra en el diagnóstico y el tratamiento de la causa subyacente de la nefropatía crónica, por ejemplo, diabetes o hipertensión arterial, el tratamiento de las enfermedades concomitantes, las intervenciones para ralentizar la progresión y la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular.

Etapa 2

Los síntomas clínicos relativos a la disfunción renal siguen siendo poco habituales durante la etapa 2. El plan de acción clínica se centra en la evaluación y la prevención de la progresión de la enfermedad. La tasa de progresión de la IRC es variable y depende de la causa subyacente del daño renal. Generalmente, la reducción de la TFG se produce durante un período de varios años.

Etapa 3

A partir de la etapa 3, los pacientes pueden presentar signos y síntomas clínicos relacionados con las complicaciones de la insuficiencia renal (por ejemplo, anemia y trastornos en el metabolismo mineral); en esta fase, el plan de acción comprende la evaluación y el tratamiento de las complicaciones causadas por la IRC. Actualmente la etapa 3 se ha especificado de acuerdo a la función del riñón, dividiéndola en A Y B

Ambas nuevas divisiones de la etapa 3, dadas por el tiempo de filtrado glomerular, y actualmente dado por la detección a través de la albuminuria y microalbuminuria.

Etapa 4 y 5

Los pacientes de la etapa 4 pueden presentar anomalías de laboratorio y clínicas significativas relacionadas con la disfunción renal. El plan de acción de la fase 5 comprende la preparación del paciente para el tratamiento de sustitución renal, es decir, diálisis o trasplante renal.

Las personas que requieren diálisis se consideran pacientes con nefropatía en fase terminal.

Reemplazo renal

A medida que un paciente va aproximándose a la insuficiencia renal, deberán irse evaluando las opciones de tratamiento de sustitución renal. Dichas opciones son la diálisis y el trasplante. Las opciones de diálisis son: Hemodiálisis (uso de un riñón artificial), que es la forma más habitual de diálisis. Se realiza normalmente en un centro de diálisis 3 veces a la semana durante 3-5 horas por sesión; Diálisis peritoneal: el uso del revestimiento abdominal como filtro natural, que suele aplicarse a diario en el hogar del paciente

REFERENTES EMPIRICOS

Del análisis realizado sobre Gerencia y administración en salud y el nuevo paradigma de salud en el Ecuador en donde el paciente se ha empoderado de los

servicios y exige calidad como lo menciona la constitución. Ve entre las falencias del servicio a la larga espera que tiene que soportar un paciente con enfermedad renal crónica de un hospital público por una valoración de parte de un especialista nefrólogo y nutricionista. Uno de los causales para la espera prolongada a la atención médica especializada es sin lugar a dudas la falta de especialistas y entre las razones se encuentra que pese a la intervención de parte del estado en algunos hospitales públicos, la situación ha mejorado tal vez en cuanto a infraestructura, atención en el área de emergencia y provisión de fármacos; pero la espera para acceder a una cita con un especialista es cada vez más angustiante para los enfermos. ¿Por qué? Porque los médicos especialistas que tiene en el caso ejemplo del hospital de Guayaquil sus agendas totalmente copadas, en algunos casos, hasta septiembre. Y las 428 camas del hospital, en caso de internación, son insuficientes para atender la alta demanda de atención médica en las emergencias y en el área de consulta externa que tiene alrededor de 5.000 enfermos por día. El estado solo ha podido cubrir el 50 por ciento del déficit de especialistas que hay en todo el país, especialmente en los hospitales de tercer nivel como el Carlos Andrade Marín, de Quito; y el Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. Según la Organización Mundial de Salud (OMS, 2011) deben existir 23 médicos por 10.000 habitantes y el último Censo de Población y Vivienda, en el país existen 34.000 médicos, 16.500 generales y 17.500 especialistas.(INEC, 2010).

Del 2.008 al 2.012 aumentó 6.1 veces el número de puestos para médicos/cas, en el sistema público, que no se llenan; en el mismo periodo, el incremento de plazas fue 31,1%. No se registró discriminación de género al elegir la carrera de medicina, pero sí fue notoria en la elección de la especialidad. la falta de médicos especialistas en el sistema sanitario público ha sido reconocida como una debilidad del proceso. (Bedoya Vaca, Rita, 2015).

Además, En el sistema de salud de los nuevos tiempos el manejo de los pacientes se realiza de manera integral para lo cual debe pasar por un triaje realizada por un médico general bien formado que con sus criterios clínicos y pruebas diagnósticas de laboratorio y de imágenes puede dar una evaluación precisa del estado del paciente y derivarlo de manera correcta a la valoración de un especialista como lo

recomiendan las guías internacionales, esto es lo ideal. El hecho de plasmar en un documento tanto las estrategias de detección de la ERC como aquellas situaciones de riesgo con mayor probabilidad de progresar a enfermedad renal terminal o mayor morbimortalidad ayudará sin duda a detectar precozmente a aquellos individuos con mayor riesgo de progresión renal o de presentar complicaciones cardiovasculares, así como el establecimiento de estrategias de prevención y manejo de la ERC y sus complicaciones por parte de Atención Primaria. De ahí la importancia que con criterios adecuados haya remisión de pacientes a Nefrología. Es así que la función del médico generalista se centra en la prevención, detección, remisión oportuna y adecuada al especialista y su manejo de la ERC, con el fin de mejorar la salud renal y el pronóstico de nuestros pacientes.

Sin embargo estudios han demostrado que los problemas más importantes que identifica en el manejo de pacientes con enfermedad renal crónica son: el diagnóstico tardío, la falta de concienciación de la enfermedad por los no nefrólogos, la fragmentación de la atención, la remisión tardía al especialista, el nihilismo terapéutico en la progresión de la enfermedad y en las complicaciones, y el inicio abrupto del tratamiento sustitutivo. (Rastogi A,2011).

Ante estos problemas algunos autores han propuesto programas, estrategias, con objetivos claros creando los programas de Gestión Estratégica de la Enfermedad que tendrían impacto en el diagnóstico y manejo precoz de la ERC y sus complicaciones, el enlentecimiento de la progresión, tratar adecuadamente las condiciones comórbidas y suavizar la transición hacia la terapia sustitutiva, además de reducir los costes.(Rastogi A,2011).

Dentro de las variables que afectan el tiempo prolongado de espera por una cita con el nefrólogo, la mala o por decir mejor la ligera valoración del médico general provoca una acumulación de pacientes con el especialista lo que provoca menor posibilidad de atención de un paciente con ERC que realmente necesita de dicha atención.

Los pacientes se derivan al especialista para asesorarse sobre el diagnóstico o el tratamiento, para obtener un procedimiento especializado cuando la investigación y las opciones terapéuticas de la atención primaria se agotan y se requiere de una atención más especializada, y finalmente, para disponer de una segunda opinión. En el proceso de derivación se produce una transferencia de responsabilidad en algunos aspectos de la asistencia del paciente desde la atención primaria a la secundaria. (McWhinney 1989).

La derivación conlleva unas implicaciones considerables para los pacientes, el sistema de asistencia sanitario y los costes de atención de la salud. Sin embargo, existe bastante evidencia de que el proceso de derivación es subóptimo. Se producen variaciones inexplicables en las tasas de derivación (Wilkin 1992), que sugieren que algunos pacientes se derivan de forma inadecuada, por lo que consumen recursos de la atención sanitaria que podrían haberse utilizado para ofrecer otros servicios, y que algunos pacientes tratados de forma inapropiada en los ámbitos de atención primaria podrían beneficiarse de la atención especializada. También existe evidencia sobre lo inadecuado de las derivaciones y la escasa comunicación en el momento de la derivación (Roland 1992). Como resultado, los pacientes pueden someterse a procedimientos diagnósticos y terapéuticos innecesarios (incluida la hospitalización).

La derivación a Nefrología se debe hacer teniendo en cuenta el estadio de ERC, la velocidad de progresión de la insuficiencia renal, el grado de albuminuria, la presencia de signos de alarma, la comorbilidad asociada y la situación funcional del paciente. (Navaneethan SD, Aloudat, 2008), por ejemplo La albuminuria constituye, junto con el FG, la base del diagnóstico y estadiaje actual de la ERC. Para asegurar la exactitud de la medición de la tasa de deterioro renal, se usa una guía que aconseja realizar dos medidas del FGe en un período no inferior a tres meses. En pacientes con ERC conocida, se sugiere medir el FGe y el CAC anualmente si presentan bajo riesgo de progresión, y más frecuentemente si presentan riesgo elevado de progresión. (RNE, 2014)

Solo los pacientes con ERC en estadio 4-5 han de ser controlados preferentemente por el especialista nefrólogo, en estrecha colaboración con el

médico de Atención Primaria y la enfermería. La frecuencia de visitas debe establecerse cada tres meses en ERC 4 e incluso cada mes en ERC 5 prediálisis. Esta frecuencia podrá ser modificada según el criterio médico. En cada visita es aconsejable aportar información detallada sobre analítica, modificaciones en el tratamiento, su justificación y, si procede, una valoración pronóstica. (RNE, 2014)

Otro de los causales de la falta de valoración renal de un paciente con deterioro renal progresivo la falta de celeridad y comunicación entre el paciente y el servicio de salud. Estudios realizados y revisados por la Sociedad Española de Nefrología manifiesta que para que haya un retardo en el deterioro progresivo renal es vital una óptima relación y canal de comunicación con el Servicio de Nefrología de referencia de manera inmediata, esto se refiere a la oportuna cita con el especialista para evitar deterioro renal.(Improving Global Outcomes, 2013).

Otros estudios evidencian la mala interrelación de coordinación entre múltiples proveedores y los que deben mejorar los resultados. Thomas Bodenheimer, la Universidad de California, en un artículo reciente sobre cuidados coordinados en los sistemas sanitarios, recomienda que la coordinación se haga entre atención primaria, especialistas, hospitales, farmacias, centros sociosanitarios y servicios de urgencias; también entre pacientes y familia. Pone de manifiesto que actualmente la información en las derivaciones a especialistas es insuficiente, que no se devuelve información sobre las visitas y los diagnósticos efectuados, y que en las hospitalizaciones no se hacen llegar los informes directamente a la atención primaria. (Bodenheimer T, 2009).

Para recibir los servicios médicos del IESS, se debe solicitar un turno médico a través del teléfono, El afiliado y afiliada, deben tener abonado mínimo tres meses de aportes continuos, antes del inicio de la enfermedad. El trabajador a tiempo parcial, 3 registros continuos de aportación antes del inicio de la enfermedad. El jubilado y jubilada que reciben pensiones no requieren de tiempo de espera para ser atendidos en caso de enfermedad. .Los hijos e hijas menores de 18 años de

edad, deben presentarse con la cédula de identidad propia y la del afiliado/afiliada, padre o madre.

La tardanza para poder acceder a una cita médica no es solo un problema ecuatoriano también se lo evidencia en otros países como lo detalla un estudio realizado en México en donde la propia tardanza para acceder a una consulta médica más para valoración de un nefrólogo, el trato inadecuado del personal hacia los derechohabientes y el incompleto surtimiento de recetas, son las tres principales causas de insatisfacción de los usuarios del IMSS Jalisco. Desde 2007, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de la mano de Transparencia Mexicana, realiza una encuesta de satisfacción entre los usuarios reales, es decir, los que van por medicamento, se practican análisis de laboratorio o acude con su médico de manera recurrent, (IMSS, 2012)

Otro factor causal del prolongado tiempo de espera para valoración del especialista a un paciente con ERC es la poca inversión o falta de disponibilidad económica así lo refieren estudios, en donde se analiza la atención primaria de salud para los pacientes con IRC, y considerada menos que óptima la atención en tres áreas generales: -Infraestructura: insuficiente espacio para el manejo adecuado de los pacientes con IRC, incluyendo la observación cuando están en condición inestable; -Organización de los servicios de salud: falta de atención médica para el cuidado de emergencia después de las horas normales, insuficiente manejo multidisciplinario de los pacientes con IRC y sus familias con respecto a sus necesidades educativas, alimentarias y psicosociales, y débiles sistemas para monitorear, supervisar y evaluar el manejo de los pacientes con IRC (y otras enfermedades crónicas también), Equipos y suministros: insuficientes equipos e insumos de laboratorio para el manejo apropiado de los pacientes con IRC y frecuente desabastecimiento de los medicamentos esenciales e insumos de laboratorio. (Dr. Norman Jirón, 2011).

Todos estos factores inciden en el problema presenta en la siguiente investigación y que coinciden con datos obtenidos de la misma.

MARCO METODOLÓGICO

METODOLOGÍA

Para la elaboración del presente trabajo se aplicó la metodología cualitativa, la misma que tiene por objetivo describir las cualidades del fenómeno estudiado. La metodología cualitativa se aplica en el campo de las ciencias sociales y humanísticas, con aspectos que no son cuantificados por lo tanto sus resultados no son matemáticos, por lo que es un procedimiento subjetivo, interpretativo, contrario a la metodología cuantitativa. Siendo inductivo es decir va de lo particular a lo universal, accediendo los datos obtenidos para el análisis e interpretación del instrumento aplicado (Ruiz Olabuènega, 2012).

MÉTODO

El método utilizado para el desarrollo de la investigación es el estudio de caso. El estudio de caso es el estudio de lo particular y de lo singular, para la comprensión de actividades en circunstancias importantes, teniendo como objetivo principal comprender el significado de una experiencia, resalta el contexto de la investigación que estudio de caso es algo empírico en el que se dirige a investigar un fenómeno dentro de lo real para separar a las variables de estudio de su contexto (Àlvarez Àlvarez & San Fabian Maroto, 2012).

Categorías	Dimensiones	Instrumentos	Unidad de análisis
Factores Laborales	Recursos	Encuesta	Pacientes
Factores Económicos	Presupuesto	Encuesta	Pacientes
Factores Técnicos	valoración medica	Encuesta	Pacientes
Factores Administrativos	Agenda de consultas	Encuesta	Pacientes

CATEGORÍAS

Las categorías que se emplearon en el presente trabajo fueron los factores laborales, económicos, técnicos y administrativos que están relacionados a las determinantes del excesivo tiempo de espera de un paciente con enfermedad renal crónica por una valoración del especialista en un hospital público de la ciudad de Manta afectando la calidad de prestación del servicio.

DIMENSIONES

Las dimensiones determinadas en este trabajo fueron escasos números de especialistas nefrólogos y nutricionistas; remuneración no atractiva, presupuesto limitado para compra de equipos e insumos médicos utilizados para diagnóstico de estadio de la enfermedad renal crónica; deficiencia en la valoración médica adecuada del estadio de la enfermedad renal crónica y la derivación correspondiente al especialista si lo amerita; dificultad en el sistema de salud para agenda una consulta por una serie de trámites y preguntas que debe responder para obtener cita con el especialista.

INSTRUMENTOS

Los instrumentos empleados para el estudio de caso fueron las encuestas a los pacientes con enfermedad renal crónica que acuden al hospital público de la ciudad de Manta. La encuesta se ha realizado con preguntas sencillas, claras, entendibles que abarcan las dimensiones referidas en las causales del problema. Las preguntas son en su mayoría cerradas dejando alguna abierta para ampliar la respuesta. (Anexo 3)

UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis utilizados fueron los pacientes con enfermedad renal crónica que fueron atendidos en un hospital público de la ciudad de Manta

GESTIÓN DE DATOS

Mediante la atención a los usuarios pacientes con enfermedad renal crónica que acuden a la atención en un hospital público de la ciudad de Manta se pudo observar en las entrevistas realizadas, las percepciones de los pacientes con respecto a la dificultad de acceder a la valoración de un especialista en este caso nefrólogo y nutricionista para su valoración, lo que posteriormente se recolectó la información y se consolidó en una base de datos encontrando las causales de categorías y dimensiones, se procedió a realizar el análisis respectivo a los resultados y conclusiones correspondientes.

La fuente para la recolección de datos fue una ficha de encuesta sobre los servicios que recibe el paciente con enfermedad renal crónica a través de preguntas cerradas de fácil entendimiento y con opciones variables sencillas en las respuestas.

Como resultados de las encuestas realizadas a este grupo pacientes con esta enfermedad específica, se determinó que una cantidad importante de pacientes no sienten calidad en los servicios que reciben y consideran negligente de parte de los servicios de salud, el impedirles a tener acceso a una consulta especializada en el tiempo adecuado y no con la tardanza y disponibilidad pobre de los servicios de salud pública.

CRITERIOS ÉTICOS

En este trabajo de investigación se procura mantener la privacidad del paciente intacto mediante el correcto control de la información obtenida desde las encuestas, la cual no ha sido distribuida de ninguna manera a terceros y fue únicamente utilizada con el fin de realizar esta investigación. Cabe recordar que la privacidad del paciente está amparada por la ley de derechos y amparo al paciente, en este caso pacientes con enfermedad renal crónica. (Anexo 5)

RESULTADOS

Como resultado de estas encuesta se pudo determinar que tres de cada cuatro pacientes confirman que el médico general, del primer contacto identifico la enfermedad renal crónica, mientras que uno de cada cuatro lo tuvo que realizar un especialista.

También resulta interesante que casi tres de cada cuatro pacientes siempre han tenido dificultad para consultarse con un especialista en este caso nefrólogo y uno de cada cuatro ha tenido alguna dificultad para dicha cita o consulta.

También se les consulto si es accesible la consulta con un especialista en nutrición y de igual forma consideran tres de cada cuatro que ha tenido serias dificultades para tener una consulta, en la entrevista ellos comentan que les llama la atención la pregunta porque los médicos generales y especialistas que tratan la enfermedad no le dan la importancia que merece la consulta nutricional por esa razón algunos nunca han ido al nutricionista.

En cuanto a pruebas necesarias para la valoración, Uno de cada dos pacientes siente que los exámenes de laboratorio e imágenes muy importantes para la valoración del deterioro renal los puede realizar con facilidad mientras que la otra mitad sienten dificultad para la realización de los mismos y uno de cada diez dicen que nunca es fácil realizar los exámenes de laboratorio y pruebas diagnóstica para evaluar la enfermedad renal crónica.

Con respecto a la calidad de servicio que reciben los enfermos renal crónico se aprecia que uno de cada dos pacientes siente que reciben una atención médica de calidad muy frecuentemente, uno de cada tres no están muy satisfecho y uno de cada diez está insatisfecho. Algunos refieren esa insatisfacción al poco tiempo y a lo práctico y simple del servicio que les brinda el médico.

En cuanto a la pregunta sobre la facilidad para agendar cita de consulta médica, se aprecia que ocho de cada diez pacientes dicen tener mucha dificultad en conseguir cita con el nefrólogo y apenas dos de cada diez no sientes dicha dificultad, dentro de las razones que argumentan los pacientes con la enfermedad

renal crónica, la mayoría cree que es por falta de especialistas haciendo mención especial a algo que les llama mucho la atención que es la gran demanda de pacientes para esta especialidad y consideran que algunos van en busca del nefrólogo sin necesitarlo. Otros consideran que su salud se pone en riesgo por la tardanza en la valoración que deben recibir del especialista tres de cada cuatro pacientes sienten que las citas para largos periodos son negligencias del sistema de salud, algunos en forma de burla dicen me dan consulta para cuando me haya recuperado solo o para el funeral, además se quejan de la tramitología y las peripecias que tiene que hacen como madrugar para llamar al call center y tener la posibilidad de que la cita sea a menor tiempo del disponible.

DISCUSION

Como resultado de estas encuesta se pudo determinar que tres de cada cuatro pacientes confirman que el médico general, del primer contacto identifico la enfermedad renal crónica, mientras que uno de cada cuatro lo tuvo que realizar un especialista. Estudios han demostrado que los problemas más importantes que identifica en el manejo de pacientes con enfermedad renal crónica son: el diagnóstico tardío, la falta de concienciación de la enfermedad por los no nefrólogos, la fragmentación de la atención, la remisión tardía al especialista, el nihilismo terapéutico en la progresión de la enfermedad y en las complicaciones, y el inicio abrupto del tratamiento sustitutivo.(Rastogi A,2011).

A pesar de las molestias por el servicio que se recibe, la formación del médico general en su mayoría si permite una valoración correcta y efectiva para derivarlo al especialista a criterio personal, sin embargo la excesiva carga y la fatiga influyen en una valoración incompleta y a veces imprecisa que afecta al enfermo y a su evolución.

También resulta interesante que casi tres de cada cuatro pacientes siempre han tenido dificultad para consultarse con un especialista en este caso nefrólogo y uno de cada cuatro ha tenido alguna dificultad para dicha cita o consulta, algunos consideran que el médico general no los deriva adecuadamente a la consulta con

el especialista. Estudios mencionan que en el proceso de derivación se produce una transferencia de responsabilidad en algunos aspectos de la asistencia del paciente desde la atención primaria a la secundaria. La derivación conlleva unas implicaciones considerables para los pacientes, el sistema de asistencia sanitario y los costes de atención de la salud. Sin embargo, existe bastante evidencia de que el proceso de derivación es subóptimo. Se producen variaciones inexplicables en las tasas de derivación (Wilkin 1992), que sugieren que algunos pacientes se derivan de forma inadecuada, por lo que consumen recursos de la atención sanitaria que podrían haberse utilizado para ofrecer otros servicios. Creo que la alta demanda de pacientes y los limitados recursos para una valoración correcta en la atención primaria provoca un sesgo en la derivación de pacientes al especialista tanto de algunos que no lo necesitan y tienen cita y otros que lo necesitan y no acceden.

En cuanto a pruebas necesarias para la valoración, Uno de cada dos pacientes siente que los exámenes de laboratorio e imágenes muy importantes para la valoración del deterioro renal los puede realizar con facilidad mientras que la otra mitad sienten dificultad para la realización de los mismos y uno de cada diez dicen que nunca es fácil realizar los exámenes de laboratorio y pruebas diagnóstica para evaluar la enfermedad renal crónica. Estudios mencionan que la poca inversión o falta de disponibilidad económica afecta la atención primaria de salud para los pacientes con ERC, y considerada menos que óptima la atención en áreas generales como la Infraestructura, la Organización de los servicios de salud con los débiles sistemas para monitorear, supervisar y evaluar el manejo de los pacientes con ERC (y otras enfermedades crónicas también) e insuficientes equipos e insumos de laboratorio para el manejo apropiado de los pacientes con ERC y frecuente desabastecimiento de los medicamentos esenciales e insumos de laboratorio.(Dr. Norman Jirón, 2011).

A pesar de la gran inversión en salud que se ha registrado en los últimos años, el volumen de demanda es tal que no se alcanza a llenar las necesidades de recursos

e instrumentos necesarios para una valoración correcta y un mejor servicio. El factor económico incide en esta problemática.

En cuanto a la pregunta importante razón final de la investigación se aprecia que ocho de cada diez pacientes dicen tener mucha dificultad en agendar una cita con el nefrólogo y apenas dos de cada diez no sienten dicha dificultad, dentro de las razones que argumentan los pacientes con la enfermedad renal crónica, la mayoría cree que es por falta de especialistas haciendo mención especial a algo que les llama mucho la atención que es la gran demanda de pacientes para esta especialidad y consideran que algunos van en busca del nefrólogo sin necesitarlo. Según la Organización Mundial de Salud (OMS, 2011) deben existir 23 médicos por 10.000 habitantes y el último Censo de Población y Vivienda, en el país existen 34.000 médicos, 16.500 generales y 17.500 especialistas. (INEC, 2010). Del 2.008 al 2.012 aumentó 6.1 veces el número de puestos para médicos/cas, en el sistema público, que no se llenan; en el mismo periodo, el incremento de plazas fue 31,1%. No se registró discriminación de género al elegir la carrera de medicina, pero sí fue notoria en la elección de la especialidad. la falta de médicos especialistas en el sistema sanitario público ha sido reconocida como una debilidad del proceso. (Bedoya Vaca, Rita, 2015).

Definitivamente existe déficit de especialistas en el Ecuador en todas las áreas y muchas razones ya están argumentadas, la solución se debe buscar en la modificación del pensum académico universitario para ofrecer a los nuevos médicos opciones de especialidades que vayan acorde a las necesidades de la población.

En nuestro estudio los pacientes consideran que su salud se pone en riesgo por la tardanza en la valoración que deben recibir del especialista. Tres de cada cuatro pacientes sienten que las citas para largos periodos son negligencias del sistema de salud, algunos en forma de burla dicen me dan consulta para cuando me haya recuperado solo o para el funeral, además se quejan de la tramitología y las peripecias que tiene que hacen como madrugar para llamar al call center y tener la posibilidad de que la cita sea a menor tiempo del disponible. La tardanza para poder acceder a una cita médica también es un grave problema en otros países, así

lo refiere un estudio realizado en México en donde la propia tardanza para acceder a una consulta médica más para valoración de un nefrólogo, el trato inadecuado del personal hacia los derechohabientes y el incompleto surtimiento de recetas, son las tres principales causas de insatisfacción de los usuarios del IMSS Jalisco. Desde 2007, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de la mano de Transparencia Mexicana, realiza una encuesta de satisfacción entre los usuarios reales, es decir, los que van por medicamento, se practican análisis de laboratorio o acude con su médico de manera recurrente, (IMSS, 2012).

Todos los factores expuestos como el poco personal, falta de gestión económica, poca capacitación del profesional para derivar al especialista y la tramitología – poca comunicación paciente- sistema infieren en la optimización del tiempo para obtener una valoración efectiva del especialista.

3. PROPUESTA

PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ATENCION AMBULATORIA PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y SU CORRECTA DERIVACION A ATENCION ESPECIALIZADA

Introducción.

En los últimos años se ha podido apreciar un incremento progresivo de las derivaciones desde atención primaria (contacto del paciente con el médico general) a nefrología (médico especialista) con la valoración de que, en muchos casos, eran derivaciones inadecuadas. Asimismo, creemos que desde la atención especializada nefrológica no se aportaría asistencia específica a los pacientes con derivación inadecuada, se saturarían las consultas de nefrología, se aumentaría la lista de espera y que los nefrólogos no deberían suplir el trabajo de los médicos de del primer contacto. Es decir consideramos que una valoración superflua del médico general provoca saturación de consultas con nefrología pudiendo ser atendidas adecuadamente en el primer nivel. La propuesta se enmarca en:

Objetivos:

Ofrecer un documento con criterios clínicos y de laboratorio que permita una adecuada derivación del paciente al especialista si el caso lo amerita, además de un sistema de formación dirigida a los profesionales, familiares y al mismo paciente para mejorar el tratamiento de los pacientes nefrológicos, que incluya la implantación de un programa de formación continuada en enfermedades renales, HTA y diabetes como principales causales durante las consultorías presenciales.

Desarrollar consultorías para procurar mejora de la adecuación y la priorización de las visitas al servicio de nefrología de los pacientes con enfermedad renal crónica en fases avanzadas con riesgo a desarrollar insuficiencia renal crónica, estas consultorías permitirá mejorar la comunicación entre los niveles de los sistemas de salud.

Alcance:

Las consultorías y la formación continua de los médicos en el manejo de protocolos de atención de pacientes con enfermedad renal crónica y la utilización de un sistema de información clínica compartida que permite el acceso a informes clínicos, diagnósticos, prescripciones, analíticas y curso clínico. Permitirá optimizar recursos, derivaciones efectivas del primer nivel al especialista y agendar adecuadamente a pacientes que lo necesiten, creando una cultura de calidad que se manifieste por la sensación de bienestar y de calidad por el servicio recibido.

Todo esto lograra mejora en los criterios de derivación entre atención primaria y nefrología. Mejoría en la priorización de las visitas. Progresivo incremento en el retorno de solicitudes de visitas a nefrología, acompañados de un informe explicativo que incluye sugerencias sobre el tratamiento del paciente de la solicitud devuelta. Disminución de las primeras visitas procedentes de atención primaria en consultas externa de nefrología y Satisfacción general de los médicos del primer contacto por la mejora en la comunicación y en el programa de formación continuada.

Puntos del protocolo.

Es menester que el medico valore adecuadamente a un paciente con posible enfermedad renal crónica y se guie para una derivación correcta con la aplicación de guías o protocolos internacionales adaptados como el presentado por la universidad de Toronto Tomado y adaptado de Centre for Effective practice, University of Toronto. Identification, Evaluation and Management of Patients with Chronic Kidney Disease. Guidelines & Protocols Advisory Committee. CKD guideline, final draft, November 4, 2003. (ANEXO 4)

Vigilancia y control.

La vigilancia y control estará a cargo de una comisión de gestión de calidad institucional quien se encargara de planear las actividades como consultorías y capacitación continua; dirigir los procesos para que ocurran y controlar a través de evaluaciones la mejora en la utilización de protocolo para derivación efectiva de pacientes al especialista y mejora de la calidad en la atención.

CONCLUSIONES

Al finalizar el presente trabajo de investigación se concluye, en relación a la calidad de servicio que debe recibir un paciente por parte del sistema de salud, que este debe ser óptimo en todo su proceso.

Los pacientes del presente estudio en su mayoría perciben que el servicio del sistema de salud no satisface sus necesidades, de manera particular los enfermos con deterioro renal crónico quienes manifiestan su malestar por la dificultad para acceder a una valoración especializada, por la rapidez e ineficiente valoración del médico general en la atención primaria considerando que no deriva acertadamente al especialista y que eso afecta su deterioro renal que lo puede llevar a agravar su situación.

Que el sistema de salud no provee de recursos, insumos necesarios para una correcta valoración del profesional.

Que acceder a una cita médica a través del call center es una tarea con muchas trabas y desanima al paciente que requiere valoración adecuada y de calidad.

RECOMENDACIONES

Para mejorar la calidad del servicio en salud que se ofrece a los pacientes con enfermedad renal crónica, sabiendo que la falta de valoración oportuna y derivación precisa al especialista puede devenir en deterioro renal irreversible en los últimos estadios que puede desmejorar su calidad de vida se hace necesario la recomendación de una propuesta documentada a través de un protocolo de atención ambulatoria a pacientes con ERC para una valoración correcta y oportuna que permita una referencia de los casos críticos al médico especialista..

De una mejor valoración del médico general se puede evitar el congestionamiento de la agenda del especialista por consultas que se pueden manejar en el primer nivel.

Los otros factores como falta de personal médico especializado, aporte de recursos económicos para ofrecer instrumentos e insumos y el manejo del call center se escapan al área de influencia de nuestras capacidades, razón por la cual el gerente o administrador del servicio de salud puede optimizar este tamizaje a través de la socialización de un protocolo de atención que permita una selección adecuada de pacientes con ERC en últimas etapas que solo deben ser valoradas y acompañadas por el especialista, optimizando el recurso tiempo del que hemos discutido.

BIBLIOGRAFÍA

Bodenheimer T. Coordinating Care -A Perilous Journey through the Health Care System. *N Engl J Med* 2008;358;10. Disponible en: www.nejm.org. *Nefrología* 2009;29(Sup. Ext. 5):106-112.

Bedoya Baca, Feminización de la profesión médica e inserción laboral pública en Ecuador, L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons. Barcelona, 2014.

Barquin, Manuel. Dirección de Hospitales. Editorial Interamericana McGraw-Hill, 7ª Edición. México, D.F. 2013.

Bárcena A, Prado A, Jaspers D. Población, territorio y desarrollo sostenible. Santiago de Chile: CEPAL; 2012.

Coresh, J.; E. Selvin, L. A. Stevens, J. Manzi, J. W. Kusek, P. Eggers, L. F. Van y A. S. Levey (2008). [«Prevalence of chronic kidney disease in the United States.»](#) (pdf). *Nefrología*. **28** (2): 14-5. [PMID 17986697](#). Consultado el 25 de junio de 2009.

Freeman R., Holmes E. Jr. Administración de los Servicios de Salud Pública. Editorial Interamericana. México, D.F. 2012

Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Suppl* 2013;3:S6-308.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), encuesta de satisfacción entre los usuarios reales Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006 –2012.

Lazo, Oswaldo, Gerencia de servicios de salud: renovando paradigmas, Revista Peruana de Epidemiología 2012.

Losada Otalora, Mauricio and Rodriguez Orejuela, Augusto. Health service quality: a literature review from a marketing perspective. *Cuad. Adm.* [online]. 2007, vol.20, n.34, pp.237-258. ISSN 0120-3592.

MEZZANO A, Sergio y AROS E, Claudio. Enfermedad renal crónica: clasificación, mecanismos de progresión y estrategias de renoprotección. *Rev. méd. Chile* [online]. 2005, vol.133, n.3 [citado 25 de junio de 2009], pp. 338-348. Disponible en: [\[1\]](#). ISSN 0034-9887.

Navaneethan SD, Aloudat S, Singh S. A systematic review of patient and health system characteristics associated with late referral in chronic kidney disease. *BMC Nephrology* 2008;9:3.

Norman Jirón, Juan José Amador, Martha Pastora, David Silver, y Lic. Irving Góngora. Evaluación de las Necesidades Médicas del Centro de Salud en Chichigalpa. Opciones de Diálisis para los Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Departamentos de Chinandega y León, Mexico, 2011.

Organización Mundial de la Salud, Atlas de Salud Mundial de la OMS, densidad de médicos, agosto de, 2009. Censo, población y vivienda del Ecuador, 2010.

RSA Projects. What do People Want, Need and Expect from Public Services? Londres: Public Services Trust; 2010.

Revista Nefrología. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología. *Nefrologia*.2014;34:243-62 | doi: 10.3265/Nefrologia.pre2014.Feb.12455.

Rastogi A, Linden A, Nissenson AR. Disease management in Chronic Kidney Disease. *Adv Chronic Kidney Dis* 2011;(15)1:19-28.

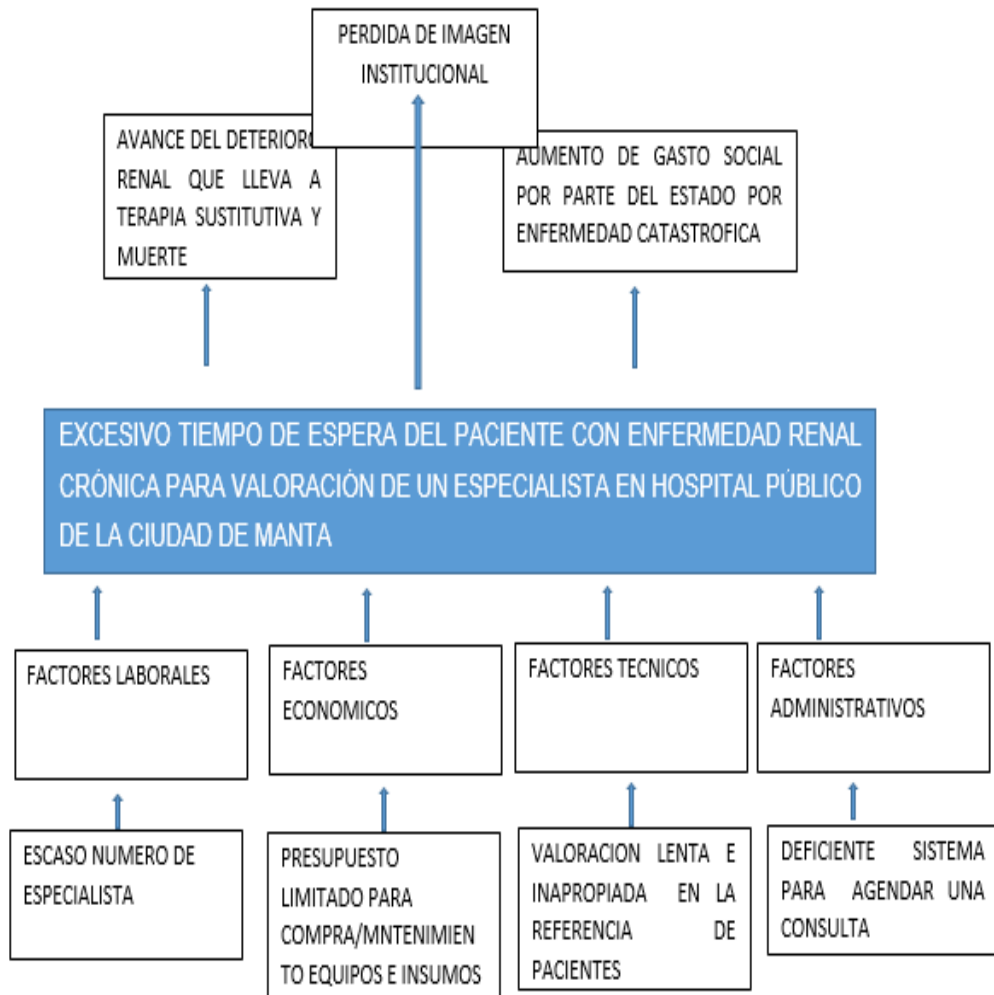
Stevens LA, Schmid CH, Greene T, Zhang YL, Beck GJ, Froissart M, et al. Comparative performance of the CKD Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) and the Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) study equations for estimating GFR levels above 60 mL/min/1.73 m². *Am J Kidney Dis* 2010;56:486-95.

Torres S. Una visión contemporánea del concepto de administración: Revisión del contexto colombiano. *Cuad. Adm.* [on-line] 2006 jul/dic; [citado 15 feb. 2009]; 032(19):114-120.

Urra PA. Los sitios Web especializados de Infomed en la estrategia para la comunicación e información científico-técnica en salud [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2010.

ANEXOS

ANEXO 1



ANEXO 2

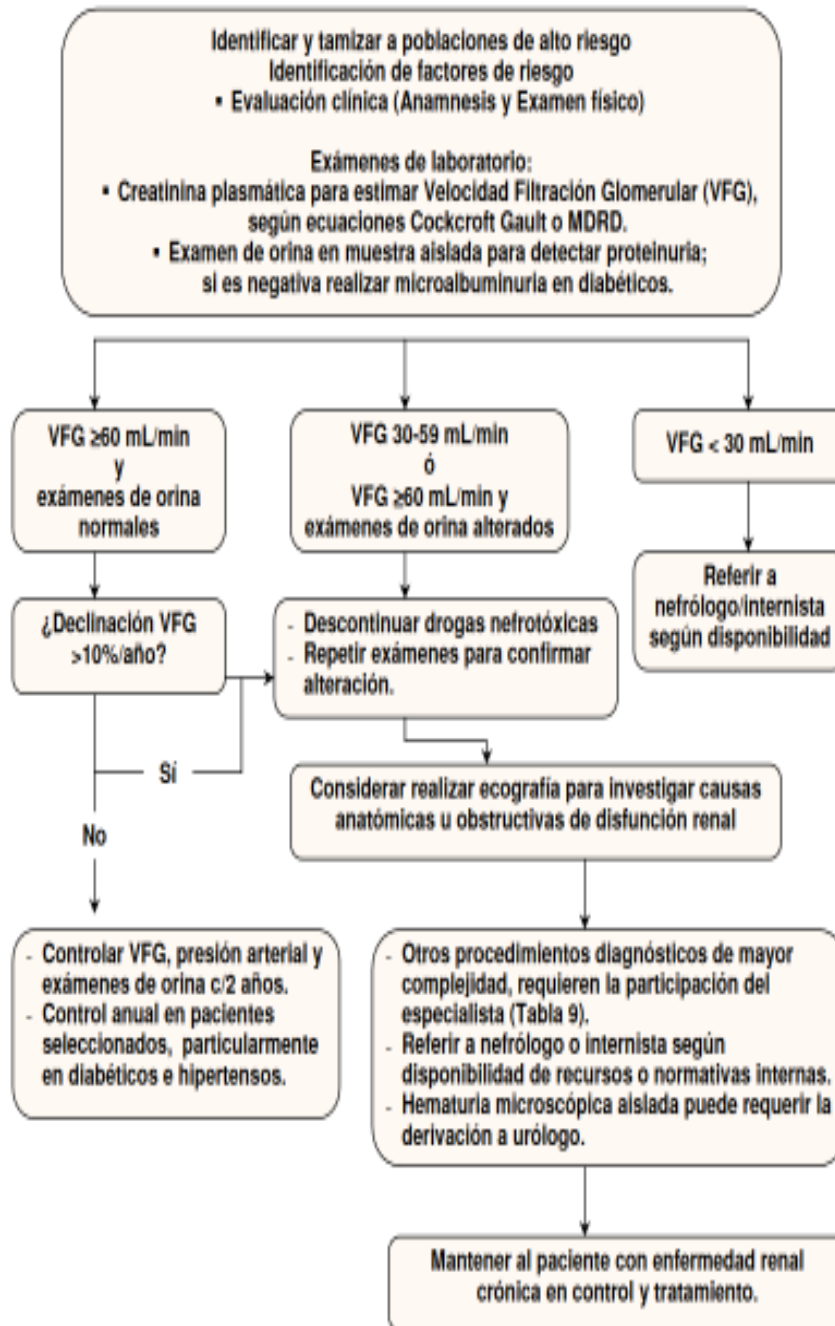
Estadía de la Enfermedad Renal Crónica		
Características	Estadía	Porcentaje
Disminuye ligeramente la función renal, daño renal [†] con VFG >90 ml/min/1.73 m ² .	Etapa 1	3,3%
Leve reducción de la VFG (60-89 ml/min/1.73 m ²) con daño renal [†] .	Etapa 2	3,0%
VFG = 30-59 ml/min/1.73 m ² . ^θ	Etapa 3	4,3%
Severa reducción de la VFG (15-29 ml/min/1.73 m ²). Etapa de preparación para la terapia de reemplazo renal.	Etapa 4	0,2%
Establecida la insuficiencia renal: VFG <15 ml/min/1.73 m ² . Inminente terapia de reemplazo renal.	Etapa 5	0,1%
<p>[†]El daño renal se define como alteraciones patológicas o marcadores de daño, incluyendo anormalidades en la sangre, en orina o en estudios de imagen.</p>		

7. Cuando tienes que agendar una consulta con el especialista, la dificultad es:
- a. Mucha dificultad
 - b. Algo de dificultad
 - c. Ninguna dificultad
8. ¿Cuál es la razón más frecuente que le hace difícil agendar una consulta?:
- a. Porque no hay especialista
 - b. Porque la cita es para mucho tiempo después
 - c. Porque el call center no le da solución
 - d. Todas las anteriores

Mencione otras causas si considera alguna adicional _____

ANEXO 4.

EVALUACIÓN Y MANEJO DE UNA POSIBLE ENFERMEDAD RENAL¹



¹ Tomado y adaptado de: Centre for Effective practice, University of Toronto. Identification, Evaluation and Management of Patients with Chronic Kidney Disease. Guidelines & Protocols Advisory Committee. CKD guideline, final draft, November 4, 2003.

ANEXO 5
AUTORIZACION

Manta, 03 de Mayo de 2016

Sr. Dr.
Víctor Valdivieso Cedeño
DIRECTOR
MEDICO DEL HOSPITAL IESS MANTA
Ciudad

De mi consideración:

Yo, Lcda. Paulina Ramírez, con cédula de identidad #1308787793, y estudiante de la Maestría en Gerencia y Administración en Salud de la Universidad de Guayaquil, por motivo de la realización de mi tesis de grado, cuyo tema es "GESTION ADMINISTRATIVA DE LA CALIDAD. PROPUESTA DE ATENCION AMBULATORIA PARA PACIENTE ERC. HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE MANTA", solicito a usted muy comedidamente el respectivo **permiso y aprobación para efectuar encuestas** a enfermos renales crónicos que reciben atención médica.

Cabe indicar, que no se quebrantará ninguna ley o fundamento reglamentario durante el desarrollo de este trabajo. Además, el protocolo de la investigación se realizará sin el uso de algún tipo de referencia o nombres de las personas involucradas, respetando los aspectos éticos y legales, el mismo que se adjunta.

Atentamente,

Lcda. Paulina Ramirez
C.I. 1308787793



IESS HOSPITAL DE MANTA
Dr. Víctor Valdivieso C.
DIRECTOR MÉDICO
Autorizado

ANEXO 6
CERTIFICADO DE PLAGIO

Dr. Manuel Balladares Mazzini, tutor de tesis a petición de la parte interesada.

CERTIFICO: Que el presente trabajo de titulación de investigación de estudio de caso para la obtención del grado académico de Magíster en Gerencia en Salud, cuyo tema de trabajo titulado es "GESTION ADMINISTRATIVA DE LA CALIDAD. PROPUESTA DE ATENCION AMBULATORIA PARA PACIENTE ERC. HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE MANTA".

Fue sometido al análisis de software anti plagio: cuyo resultado es el en cuanto a coincidencias con otras publicaciones, el cual se encuentra dentro de los parámetros establecidos para la titulación.



2% match

Submission ID: 95791848

• paciente con ERC.docx

Word Count: 6.183

Attachment ID: 116360018

2%

Citations (4/4)

Seleccionar fuentes y reenviar

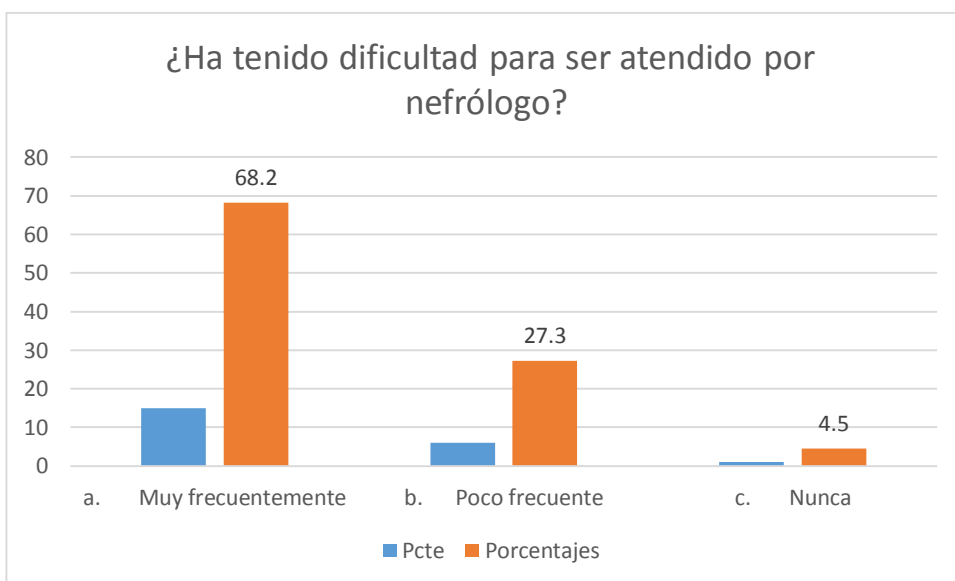
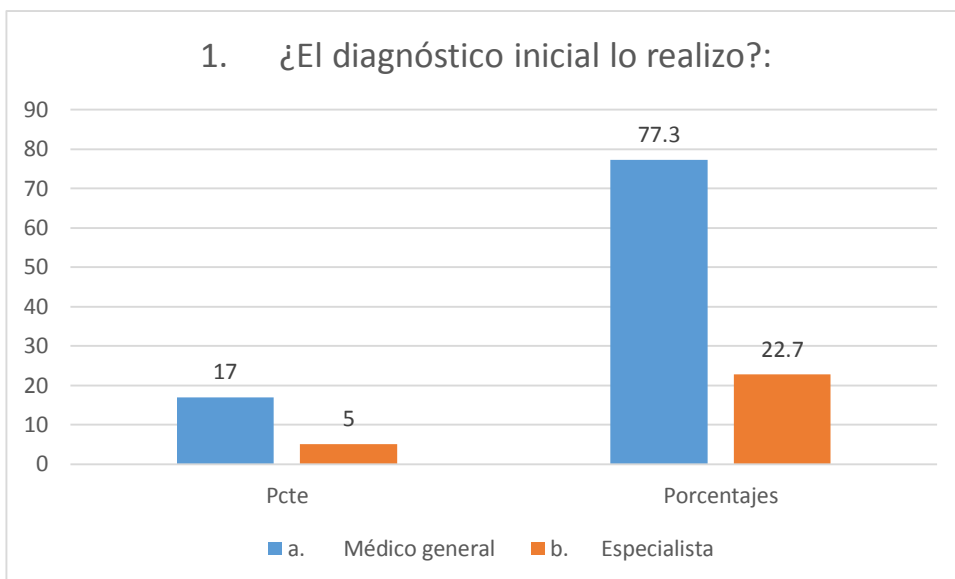
1. <https://es.scribd.com/doc/290624494/T-UCE-0010-198-pdf>
2. Another student's paper: Author: MARIA GABRIELA ZURITA MONTAÑO. Submitted: Mon, Dec 14 2015, 4:01 PM; Filename: anteproyecto OFICIAL.docx
3. <https://es.scribd.com/doc/150563011/guia-enfermeria-2010-pdf>
4. <http://exploredoc.com/doc/6173851/documento-marco-sobre-enfermedad-renal-cr%C3%B3nica>

Certificado que confiero para los fines pertinentes.

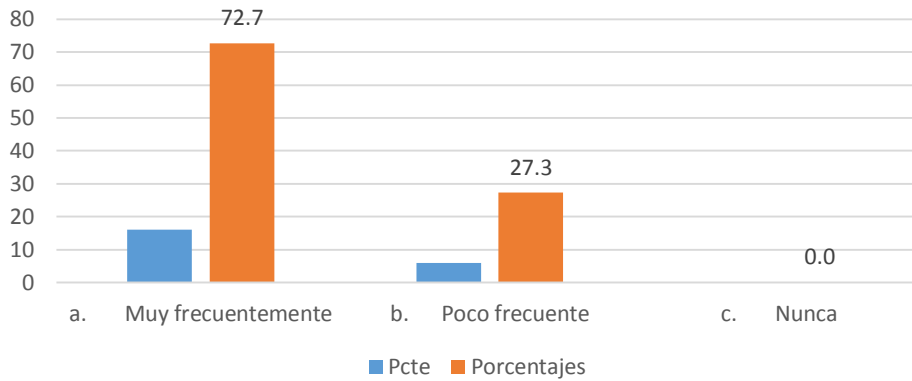
Dr. Manuel Balladares Mazzini MSc.

ANEXO 7

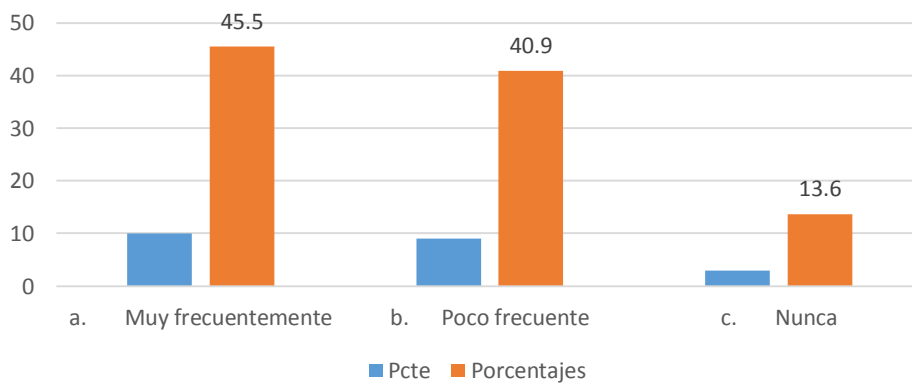
CUADROS Y GRAFICOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACION



¿Ha tenido dificultad para ser atendido por un nutricionista, considerando la importancia de este para mantener la salud?



¿Cuando lo atienden, la realización de exámenes de laboratorio e imágenes los puedes realizar con facilidad?



Quando recibes atención médica, sientes que el medico te realiza una valoración de calidad, es decir sientes satisfacción por la evaluación recibida?:

